

## Medizinisch-therapeutische Behandlung in der Schule

Anschrift der Schule/Stempel

Name der Schülerin/des Schülers

### Einverständniserklärung

der Eltern/der Sorgeberechtigten und ab Vollendung des 14. Lebensjahres auch die der Schülerin/des Schülers.

Wir erklären hiermit unser Einverständnis, dass die jeweils behandelnde Therapeutin/der jeweils behandelnde Therapeut eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit den Daten des Patienten an die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE), Frankfurt, weitergeben darf.

Dies dient ausschließlich dazu, eine korrekte Abrechnung zu ermöglichen. Die Kopie der ärztlichen Verordnung wird danach sofort vernichtet. Die Einverständniserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung hat zur Folge, dass keine medizinisch-therapeutischen Behandlungen an der Schule erfolgen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften Eltern/Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/in

#### Kontakt:

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.  
Wildunger Straße 6/6a  
60487 Frankfurt  
Telefon:+049 69/ 713 76 78-0  
Fax: +49 69/ 713 76 78-11  
info@hage.de